

Universitat de Lleida

Programa de deshabituació al tabaquisme pel control de la hipertensió arterial i el risc cardiovascular

Per: Cristina Nogueras Canes

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Grau en Infermeria

Treball presentat a: M^a Luisa Guitard

Treball final de grau

Curs 2015/2016

13 de maig de 2016

Índex

1.	Resum i paraules clau.....	5
2.	Marc teòric	7
2.1.	La hipertensió arterial	7
2.1.1.	Epidemiologia.....	8
2.1.2.	Complicacions associades a la hipertensió arterial.....	9
2.1.3.	Tractament de la hipertensió arterial	10
2.2.	Tabac	11
2.2.1.	Epidemiologia.....	12
2.2.2.	Tabaquisme i hipertensió arterial	12
2.3.	Risc cardiovascular	13
2.3.1.	El risc cardiovascular i la hipertensió arterial.....	14
2.3.2.	El risc cardiovascular i el tabaquisme.....	14
2.4.	Prevenició secundària de la hipertensió arterial i el risc cardiovascular	15
2.5.	Intervenció antitabàquica	16
3.	Justificació	20
4.	Objectius	21
5.	Metodologia	22
5.1.	Població diana	22
5.2.	Professionals als que va dirigit	22
5.3.	Metodologia de cerca	22
5.4.	Síntesis de l'evidència trobada.....	23
6.	Intervenció	26
6.1.	Desenvolupament de la intervenció	26
6.2.	Cronograma de la intervenció.....	34
6.3.	Algoritme de la intervenció.....	35
7.	Consideracions ètiques	36
8.	Avaluació de la intervenció	38
8.1.	Cronograma de l'avaluació.....	40
9.	Discussió.....	41
10.	Conclusions	43
11.	Bibliografia	45
12.	Annexos.....	49

Annex 1: Protocol de tres visites d'ajuda (1 – 15 – 30)	49
Annex 2: Test de Richmond.....	51
Annex 3: Test de Fagerström	52
Annex 4: Tríptic informatiu	53
Annex 5: Guia d'ajuda per deixar el tabac	55
Annex 6: Consells per combatre el síndrome d'abstinència al tabac.	59
Annex 7: Test de satisfacció del usuari	60

Índex de taules

Taula 1: Classificació dels nivells de PA en adults segons la ESH/ESC.....	7
Taula 2: Estratificació del risc cardiovascular segons l'ESC-ESH	9
Taula 3: Adaptació per l'abordatge de la HTA segons ESC-ESH	11

Índex d'abreviatures

AVC: Accident cerebrovascular

CAP: Centre d'Atenció Primària

ESCA: Enquesta de Salut de Catalunya

ESC-ESH: Societat Europea de Cardiologia - Societat Europea d'Hipertensió

ESH: Societat Europea d'Hipertensió

FC: Freqüència Cardíaca

FR: Factors de risc

FRCV: Factor de risc cardiovascular

HTA: Hipertensió arterial

MAPA: Mesura ambulatoria de la pressió arterial

MCV: Malaltia cardiovascular

OMS: Organització Mundial de la Salut

PA: Pressió arterial

PAD: Pressió arterial diastòlica

PAS: Pressió arterial sistòlica

RCV: Risc cardiovascular

SCORE: Systematic COronary Risk Evaluation

USPSTF: Us Preventive Services Task Force

1. Resum i paraules clau

Resum:

La hipertensió arterial és una malaltia crònica molt prevalent en la població actual. A més a més, és tracta d'un dels factors de risc cardiovasculars més perillosos.

El tractament de la hipertensió passa per una part per el tractament farmacològic, i per un altra per el canvi d'estils de vida del pacient. Dins dels estils de vida que es recomanen canviar hi ha el tabaquisme.

En aquest treball, s'ha dissenyat un pla d'intervenció per combatre el tabaquisme entre els pacients hipertensos, a fi de reduir el seu risc cardiovascular i les complicacions associades a la hipertensió.

La intervenció es durà a terme en el centre d'atenció primària d'Almenar, i contarà de diferents sessions individuals conduïdes per la infermera a fi de motivar i ajudar als pacients hipertensos i fumadors a deixar el tabac.

Per la realització del treball s'ha realitzat una cerca bibliogràfica d'articles científics en diferents bases de dades, com Pubmed, Cochrane, Google Scholar i Scielo.

Per tal d'avaluar la intervenció s'utilitzaran indicadors de resultat per cada objectiu plantejat. I també es passarà una enquesta entre els usuaris perquè puguin valorar la intervenció.

Paraules clau: hipertensió arterial, risc cardiovascular, prevenció, tabaquisme, intervenció antitabàquica, intervenció infermera, educació sanitària i intervenció motivacional.

Abstract:

The arterial hypertension is a chronic disease very prevalent in the nowadays population. Furthermore it is one of the cardiovascular risk factors more dangerous.

The treatment of the arterial hypertension has two parts. On the one hand there is the pharmacologic treatment and on the other hand the change of the lifestyle of the patient. One of the habits of the lifestyle it is advised to change it is smoking.

In this research, it has been designed an intervention plan to combat the smoking in hypertensive patients in order to reduce its cardiovascular risk and the related complications of the hypertension.

The intervention will be held in the primary health centre from Almenar. It will consist of different individual sessions guided by the nurse with the purpose of motivate and help the hypertensive patients and smokers to give up smoking.

For the accomplishment of the research it has been done a bibliographic search of scientific investigations and articles in different databases like Pubmed, Cochrane, Google Scholar and Scielo.

To assess the intervention it will be used indicators of result for each purposed objective. It will also be taken a survey to the users as they will be able to appraise the intervention.

Key words: Arterial hypertension, cardiovascular risk, prevention, smoking, smoking cessation intervention, nurse intervention, health education and motivational intervention.

2. Marc teòric

2.1. La hipertensió arterial

Els vasos sanguinis porten la sang des del cor a tot l'organisme. Cada cop que el cor bateja, bombeja sang als vasos. La pressió arterial (PA) és producte de la força amb la que la sang pressiona contra la paret dels vasos sanguinis a mesura que es bombejada pel cor. La pressió sistòlica és la que es troba en el moment en que el cor es contrau per expulsar la sang cap a tot l'organisme. En canvi la diastòlica és la que es dona durant la relaxació del múscul cardíac (1).

La hipertensió arterial (HTA) és la elevació persistent de la pressió arterial per sobre dels valors establerts com a normals. Aquests valors són 140 mmHg per a la sistòlica i 90 mmHg per a la diastòlica.

Existeixen dos tipus HTA segons la seva etiologia, la HTA primària que és la més prevalent (90%-95%) i que té un origen desconegut lligat a factors de risc (FR). I la HTA secundària és produïda per un mecanisme fisiopatològic subjacent que es pot detectar, i en alguns d'aquests casos la elevació de la pressió arterial és reversible quan la causa subjacent es tracta amb èxit. (1):

La PA en les persones adultes es classifica de la següent forma:

Taula 1: Classificació dels nivells de PA en adults segons la ESH/ESC

Categoria	Sistòlica (mmHg)	Diastòlica (mmHg)
Òptima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal-alta	130-139	85-89
HTA de grau 1	140-159	90-99
HTA de grau 2	160-179	100-109
HTA de grau 3	>180	>110
HTA sistòlica aïllada	>140	<90

Ref: (2)

A Catalunya, el diagnòstic de HTA en adults es realitza mitjançant la mesura de la PA dues vegades a cada visita en tres visites consecutives i calcular la mitjana per visita. Per poder fer el diagnòstic de HTA, les xifres de PA mitjanes han de ser més elevades de 140/90 mmHg en cada una de les tres visites. Tot i així es recomana que per al diagnòstic de HTA s'utilitzi un sistema de mesura de la PA 24 hores com el MAPA (mesura ambulatoria pressió arterial) (1,3).

Un cop s'ha confirmat el diagnòstic de HTA, l'avaluació s'encara amb els objectius de descartar la HTA secundària, analitzar l'existència de lesions o repercussions en òrgans diana, conèixer la presència d'altres patologies associades que puguin influir en el pronòstic i tractament de la HTA, avaluar les necessitats del pacient i elaborar un pla d'actuació.

2.1.1. Epidemiologia

Al món, les malalties cardiovasculars són responsables de aproximadament 17 milions de morts per any, el qual representa un 31% de totes les morts. D'aquestes 9,4 milions són causades per complicacions de la HTA (4).

El 18,5% de la població total espanyola és hipertensa, segons l'Enquesta Nacional de Salut de l'any 2011-2012. Aquesta prevalença va a l'alça a mesura que s'augmenta l'edat, ja que aproximadament el 35% de la població adulta espanyola (majors de 18 anys) és hipertensa, aquesta xifra puja fins al 40% en edats mitges i fins al 60% en persones majors de 60 anys (5,6). Les xifres d'hipertensió a Espanya han augmentat un 4% des de 2003, quan el 14,5% de la població era hipertensa (5).

A Catalunya, segons l'enquesta de salut de Catalunya 2014, la prevalença de pressió alta es troba en el 23,6% de la població més gran de 15 anys, aquesta prevalença es veu augmentada en grups d'edat més grans, ja que el grup de persones de entre 65 i 74 anys la prevalença és d'un 59,9% en el cas dels homes, i d'un 51% en el cas de les dones, en les persones més grans de 75 anys la prevalença és del 67,1% (7).

La HTA és una de les malalties més important en les societats industrialitzades i una de les primeres causes de morbimortalitat.

2.1.2. Complicacions associades a la hipertensió arterial

La HTA causa danys a diferents nivells, els principals òrgans que es veuen afectats a conseqüència de la HTA no controlada s'anomenen òrgans diana, aquets òrgans inclouen el sistema nerviós central, les arteries perifèriques, el cor, els ronyons i els ulls entre altres (8).

Com més elevada és la PA més ha de treballar el cor per bombejar la sang. Si aquesta situació no es controla, la HTA pot provocar infarts de miocardi, hipertrofia ventricular esquerra i insuficiència cardíaca. En els vasos sanguinis la pressió alta pot provocar dilatacions (aneurismes) i zones de debilitat en la paret vascular, el que augmenta la probabilitat d'obstrucció i ruptura. La pressió en els vasos sanguinis també pot causar fugues de sang cap al cervell i això pot provocar accidents cerebrovasculars. A més, la HTA pot causar insuficiència renal, ceguera i deteriorament cognitiu.

D'altra banda la HTA és el factor de risc cardiovascular (FRCV) més important, ja que incrementa el risc de patir malalties cardiovasculars, principalment l'ictus i l'infart agut de miocardi.

Com més alta és la PA, més risc cardiovascular (RCV) representa. Per estratificar aquest risc a Europa s'utilitza una taula extreta de l'estudi Framingham, i basada amb la taula SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation). Aquesta taula permet estimar el risc de mort per malaltia CV en els 10 anys següents, segons la edat, el sexe, els hàbits de consum de tabac, el colesterol total i la pressió arterial sistòlica (PAS) (2).

Taula 2: Estratificació del risc cardiovascular segons l'ESC-ESH

Altres factors de risc, lesió òrgan diana o malaltia	Pressió arterial (mmHg)			
	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA de grau 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA de grau 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA de grau 3 PAS > 180 o PAD >110
Sense altres FR		Risc baix	Risc moderat	Risc alt
1-2 FR	Risc baix	Risc moderat	Risc moderat-alt	Risc alt
>3 FR	Risc baix-moderat	Risc moderat-alt	Risc alt	Risc alt
Dany orgànic, IRC de grau 3 o DM	Risc moderat-alt	Risc alt	Risc alt	Risc alt o molt alt
MCV simptomàtica, IRC de grau >4 o DM amb dany orgànic	Risc molt alt	Risc molt alt	Risc molt alt	Risc molt alt

Ref: (2)

2.1.3. Tractament de la hipertensió arterial

L'objectiu del tractament de la HTA és reduir la morbiditat i mortalitat cardiovascular associades a la HTA.

Això s'aconsegueix reduint les xifres de PA i fent un abordatge integral del risc cardiovascular.

Per això el tractament integral de la HTA no només consta de tractament farmacològic, sinó que també és de gran importància el tractament no farmacològic o canvis en l'estil de vida.

Dins dels canvis en l'estil del vida es contempla la necessitat de fer exercici físic regular, tenir una dieta equilibrada amb reducció de la ingesta de sodi, reduir el consum d'alcohol i l'abandonament de l'hàbit tabàquic (9–11).

Seguint la taula adaptada de l'ESC-ESH (Societat Europea de Cardiologia - Societat Europea d'Hipertensió) per classificar el pacient hipertensós és pot saber quin és l'abordatge de la HTA en cada pacient, així el tractament dels pacients s'estructura de la següent forma (2):

Taula 3: Adaptació per l'abordatge de la HTA segons ESC-ESH

Altres factors de risc, Lesió òrgan diana o malaltia	Pressió arterial (mmHg)			
	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA de grau 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA de grau 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA de grau 3 PAS > 180 o PAD >110
Sense altres FR	No intervenir sobre la PA	Canvis en l'estil de vida durant varis mesos Després afegir tractament per la PA amb l'objectiu de <140/90	Canvis en l'estil de vida durant varies setmanes Després afegir tractament per la PA amb l'objectiu de <140/90	Canvis en l'estil de vida Tractament immediat de la PA amb l'objectiu de <140/90
1-2 FR	Canvis en l'estil de vida No intervenir sobre la PA	Canvis en l'estil de vida durant varies setmanes Després afegir tractament per la PA amb l'objectiu de <140/90	Canvis en l'estil de vida durant varies setmanes Després afegir tractament per la PA amb l'objectiu de <140/90	Canvis en l'estil de vida Tractament immediat de la PA amb l'objectiu de <140/90
>3 FR	Canvis en l'estil de vida No intervenir sobre la PA	Canvis en l'estil de vida durant varies setmanes Després afegir tractament per la PA amb l'objectiu de <140/90	Canvis en l'estil de vida Tractament de la PA amb l'objectiu de <140/90	Canvis en l'estil de vida Tractament immediat de la PA amb l'objectiu de <140/90
Dany orgànic, IRC de grau 3 o DM	Canvis en l'estil de vida No intervenir sobre la PA	Canvis en l'estil de vida Tractament de la PA amb l'objectiu de <140/90	Canvis en l'estil de vida Tractament de la PA amb l'objectiu de <140/90	Canvis en l'estil de vida Tractament de la PA amb l'objectiu de <140/90
MCV simptomàtica, IRC de grau >4 o DM amb dany orgànic	Canvis en l'estil de vida No intervenir sobre la PA	Canvis en l'estil de vida Tractament de la PA amb l'objectiu de <140/90	Canvis en l'estil de vida Tractament de la PA amb l'objectiu de <140/90	Canvis en l'estil de vida Tractament de la PA amb l'objectiu de <140/90

Ref: (2)

2.2. Tabac

En els països desenvolupats, el tabac constitueix la primera causa que es pot prevenir de pèrdua de salut i de morts prematures. Segons la Organització Mundial de la Salut (OMS) el tabac mata fins a la meitat dels seus consumidors.

A Espanya, és la primera causa de malaltia, invalidesa i mort evitable ja que és responsable del 50% de totes les morts evitables en els fumadors, i la meitat d'aquestes són per malalties cardiovasculars (MCV) (9,12).

El tabaquisme és un dels FR principals en les malalties cardiocirculatories, ja que augmenta la freqüència cardíaca (FC), provoca vasoconstricció inadequada i augment de la tensió arterial, també predispesa a l'arteriosclerosi.

Els pacients fumadors tenen fins a 3 vegades més risc de patir una malaltia cardiovascular que la resta de la població (13,14).

2.2.1. Epidemiologia

Segons l'enquesta nacional de salut, el 24% dels espanyols són fumadors. Pel que fa al perfil del fumador, continua sent més prevalent en homes 27,9% respecte al 20,2% de les dones, però en les edats més joves hi ha poca diferència entre el sexe femení i el masculí (5).

A Catalunya, l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) mostra que l'any 2014 el 25,9% de les persones de 15 anys i més eren fumadores, el 31,8% dels homes i el 20,3% de les dones (7).

La xifra de fumadors està en continu descens, ja que es tracten de les xifres més baixes en 25 anys. Tot i així és important insistir de la necessitat d'abandonar l'hàbit a la població que continua sent fumadora.

2.2.2. Tabaquisme i hipertensió arterial

El consum de tabac augmenta la PA de forma aguda, a través de la estimulació del sistema nerviós simpàtic, això afavoreix l'HTA. Però l'efecte depressor del tabac és molt petit, i l'abandonament de l'hàbit no redueix la PA de manera significativa (15).

El risc cardiovascular total si que es veu clarament reduït al deixar de fumar, ja que l'abandó del tabac és una de les mesures més eficaces en la prevenció de les malalties cardiovasculars en els pacients hipertensos.

Pel que fa al consum crònic, no hi ha evidència sobre el seu impacte en la PA. No obstant això, el tabaquisme afecta a la rigidesa arterial, el que podria tenir un efecte perjudicial sobre la pressió arterial central. Aquest efecte sobre la pressió central està lligat amb la lesió d'òrgans diana, que segons alguns estudis, està més relacionat amb el augment de la pressió central que amb la HTA. També es cert, que els hipertensos fumadors, són més propensos a desenvolupar formes greu d'hipertensió, cosa que es relaciona a una aterosclerosi accelerada a causa del tabac (16).

Al voltant del 90% dels pacients diagnosticats de hipertensió arterial no arriba a aplicar les recomanacions dels especialistes per el que fa al canvi d'estil de vida, però hi ha un 21% del pacients que deixa de fumar si el personal sanitari li recorda amb freqüència (17).

2.3. Risc cardiovascular

El concepte de risc cardiovascular i dels FRCV va sorgir a partir del estudi Framingham. En aquest estudi es va definir quins factors augmenten la probabilitat de patir una patologia cardiovascular. Aquests factors es poden dividir en FR modificables i FR no modificables.

Entre els FRCV no modificables trobem:

- Edat: a freqüència que augmenta la edat, també augmenta el RCV
- Sexe: els homes són més propensos a patir una MCV en relació a les dones fins als 45-50 anys, a partir d'aquesta edat el RCV augmenta en les dones. Aquest canvi es veu relacionat amb la menopausa, ja que hi ha un canvi important en la secció d'hormones (estrògens) en les dones.
- Antecedent familiars: les persones que tenen antecedents familiars de MCV presenten un major RCV.

Els FRCV modificables són la HTA, la diabetis, les dislipèmies, la obesitat el sedentarisme i el tabaquisme, entre molts altres.

Les malalties que s'inclouen dins de les malalties cardiovasculars són: la malaltia cardíaca isquèmica, la malaltia vascular cerebral, la malaltia vascular perifèrica, la trombosis venosa profunda, les embòlies pulmonars i la cardiopatia reumàtica.

La taxa de mortalitat ajustades a l'edat per MCV està en descens a Espanya des de el 1975. Un 50% d'aquest descens es podria relacionar amb la reducció d'alguns factors de risc com el colesterol i la pressió arterial. Tot i així, les tendències negatives d'altres factors de risc com l'obesitat i la diabetis mellitus, la inactivitat física en homes i el tabaquisme en dones, junt amb la major supervivència dels pacients i l'envelliment de la població, fan que, en xifres absolutes, el impacte de les MCV segueixi augmentat (18,19).

Actualment, les MCV són la primera causa de mort a Espanya i representen el 32,5% del total de morts anuals (15).

2.3.1. El risc cardiovascular i la hipertensió arterial

La HTA és el factor de risc cardiovascular més important, és la causa d'almenys el 45% de les morts per cardiopaties, i el 51% de les morts per accidents cerebrovasculars (AVC). Si sumem la HTA a altres FRCV com el tabaquisme, la obesitat, el colesterol elevat i el sedentarisme aquets valors augmenten (4).

Segons l'estudi de Framingham, la HTA augmenta de dos a tres cops el risc de patir qualsevol malaltia cardiovascular (20).

Les malalties coronaries cròniques en les homes i la malaltia cerebral vascular en les dones, són la principal causa de pèrdua funcional amb impacte en la qualitat de vida i sobrecarrega de l'ús dels serveis sanitaris i socials.

2.3.2. El risc cardiovascular i el tabaquisme

El tabaquisme té un paper important en el RCV ja que es tracta d'un dels principals FRCV modificables. El consum de tabac s'associa amb tot tipus d'alteracions cardiovasculars, com l'aparició de plaques d'ateroma en els vasos sanguinis, que és

formen per les alteracions del perfil lipídic causades per el tabac. Aquestes plaques són les principals causants de les malalties coronaries. El tabaquisme també s'associa amb l'augment significatiu de la PAS i la pressió arterial diastòlica (PAD), per la qual cosa afavoreix la HTA (21).

Varis estudis reflecteixen que la incidència de MCV en les persones fumadores és aproximadament el doble en comparació a les no fumadores, per tant el tabac augmenta la mortalitat per causes cardiovasculars en un 50% (15,21,22).

Un fumador mig, mort 3 anys abans que un no fumador i una persona amb altres factors de risc cardiovascular mort de 10 a 15 anys abans si fuma, ja que el tabaquisme amplifica el efecte dels altres FRCV (23).

El estudi Framingham va establir que per cada 10 cigarretes consumides diàriament es produïa un increment del 18% en la mortalitat masculina i del 31% en la femenina. En aquest estudi també es va observar que quan es combinaven el tabaquisme amb la hipertensió arterial el risc coronari s'incrementava fins a 4 vegades (15).

El RCV s'augmenta en funció de la quantitat de tabac consumit i dels anys de tabaquisme. Varis estudis han evidenciat que en els pacients que deixen de fumar el RCV reverteix ràpidament als nivells d'un pacient no fumador, independentment del temps que es va estar fumant. Després de 10 anys haver-ho deixat les persones fumadores tenen el mateix risc de patir una malaltia que les no fumadores (15,19).

2.4. Prevenció secundària de la hipertensió arterial i el risc cardiovascular

La prevenció secundària està encaminada a detectar la malaltia en estadis precoços en els quals el establiment de mesures adequades poden impedir la seva progressió.

En la població hi ha moltes persones amb HTA que també són fumadores. En aquest grup de persones el RCV és molt elevat. És per això que en aquest grup de pacients la prevenció secundària encaminada dur canvis en l'estil de vida i en aquest cas més concretament a l'abandó de l'hàbit tabàquic, és la millor opció, ja que nombrosos

assaigs clínics demostrin que s'aconsegueix una disminució de la mobilitat i mortalitat per MCV (22,24,25).

Aquest benefici no es veu només sobre el RCV, sinó que també hi ha beneficis en les xifres tensionals dels pacients amb HTA, ja que l'abandó del tabac forma part del tractament de la HTA, i es redueix la probabilitat de patir complicacions associades a la HTA (1,4).

La prevenció secundària va dirigida als pacients hipertensos que són fumadors, per així poder reduir el RCV i millorar el control de la HTA, a més de disminuir la incidència de complicacions de la HTA.

2.5. Intervenció antitabàquica

Per poder abandonar l'hàbit tabàquic, és necessari detectar en quina fase del procés per deixar de fumar es troba el pacient, per això utilitzarem el model de Prochaska i DiClemente per al tractament de les addiccions (26).

Aquest model compta amb 6 estadis, segons l'estadi de motivació en que es trobi la persona adaptarem la intervenció a realitzar. Els estadis del model són (27):

1. Precontemplació: durant aquesta etapa el fumador no es planteja modificar la seva conducta, ja que no es conscient de que fumar és un problema. El 25-30% dels fumadors es troben en aquesta fase.
2. Contemplació: el fumador comença a considerar la seva conducta com un problema, i es planteja en un termini de 6 mesos deixar de fumar. El fumador presta més atenció a la informació que rep, però encara no ha realitzat cap intent de deixar de fumar. Suposa el 50-60% dels fumadors.
3. Preparació: en aquesta etapa el fumador pren el determini de deixar de fumar. En aquest moment el fumador ha fet algun intent de deixar de fumar, o ha canviat alguns hàbits del seu costum. Sobre el 10-15% dels fumadors.
4. Acció: el fumador canvia la seva conducta i deixa de fumar com a mínim 24 hores. Al mateix temps sol modificar algunes de les circumstàncies que

afavorien al seu consum. En aquest període són freqüents les recaigudes, en especial durant els 3 primers mesos.

5. Manteniment: el fumador entra en aquest estadi quan porta 6 mesos sense fumar. En aquesta etapa la recaiguda sol ser menys freqüent.
6. Ex-fumador: el pacient es considera un ex-fumador quan porta un any sense fumar i sense recaigudes.

Un cop es sap en quina fase del procés de canvi es troba el pacient, podem passar a dur a terme la intervenció per a la deshabituació tabàquica.

En el cas de les persones fumadores que no estan disposades a abandonar el tabac l'estratègia que s'utilitza és la de les 5 R. Aquesta estratègia està basada en la entrevista motivacional que s'ha demostrat que augmenta les taxes d'abandonament del hàbit tabàquic en 6 mesos un 30%, ja que ajuda al pacient a canviar el seu pensament respecte el tabac (28,29).

1. Relevance/rellevància: animar al pacient a que indiqui perquè el abandonament del tabac és rellevant per a ell.
2. Risk/risc: es demana al pacient que identifiqui els conseqüències negatives del consum de tabac, realçant les que són més importants per a ell.
3. Reward/recompensa: es demana al pacient que identifiqui els beneficis d'abandonar el tabac.
4. Roadblocks/resistència: el pacient ha d'enumerar barreres, impediments i dificultats per el abandonament del tabac, i proporcionar tractament per solucionar les barreres.
5. Repetition/repetició: la intervenció motivacional s'ha de repetir fins aconseguir que el pacient decideixi fer el canvi.

Per el que fa a l'estructuració de la intervenció, moltes de les recomanacions proposen que les intervencions de consell i assessorament es basin en el model de les 5 As creat per el USPSTF (US Preventive Services Task Force) (9). Aquest model consisteix en el següent (27):

1. Assess/esbrinar: preguntar al pacient si fuma.
2. Advise/aconsellar: donar consell clars i convincents al fumador perquè deixi de fumar.
3. Agree/acordar: Pactar amb el pacient els objectius i els mètodes més apropiats, basats en els interessos i en la capacitat per al canvi de la persona. Si en aquest moment el pacient està disposat a intentar deixar de fumar s'ha d'ajudar a deixar-ho (passar a la 4rt A). En canvi si no està disposat a deixar-ho en aquest moment s'ha d'encarar la situació cap a intervencions motivacionals, o bé, també podem utilitzar la tècnica de les 5 R.
4. Assist/ajudar: utilitzar tècniques de modificació de la conducta (autoajuda o assessorament) per ajudar a la persona a aconseguir els objectius pactats adquirint les habilitats, la confiança i el recolzament social que afavoreix el canvi. Algunes conductes de reforç positives i que fan que l'objectiu s'assoleix són:
 - Felicitar al pacient per la seva decisió
 - Elegir la data d'abandonament (dia D)
 - Dur a terme la intervenció
5. Arrange/assegurar: fixar visites de seguiment per ajudar i recolzar i per anar ajustant el pla terapèutic com es necessiti, inclòs la derivació a unitats especialitzades si és necessari.

Segons la USPSTF, la millor forma per motivar al pacient a l'abandonament de l'hàbit és mitjançant intervencions individualitzades, amb seguiment i suport durant tot el procés de deshabitució i fins i tot després de l'abandonament del tabac per part del pacient (28).

En un metanàlisi on es comparaven diferents estudis sobre mètodes per deixar de fumar es va veure que les intervencions individuals eren efectives en un 16,8% del casos, per la qual cosa eren més recomanables que les intervencions en grup ja que aquestes eren efectives en un 13,9% dels casos (28). Pel que a la les intervencions per via telefònica, en aquest metanàlisi és va demostrar que eren efectives en el 13,1% dels casos, mentre que en un metanàlisi realitzat al 2013 es confirmava que les

intervencions per via telefònica poden arribar a ser més efectives que les individuals (30,31).

Pel que fa a la durada de la intervenció és important que no sigui inferior a 3 minuts, ja que a partir dels 3 minuts la efectivitat augmenta i un 13,4% dels pacients aconsegueix deixar de fumar. Quan les intervencions són superiors a 10 minuts un 22,1% dels pacients aconsegueixen abandonar l'hàbit (28,32).

En el metanàlisis esmenat anteriorment s'explica que en quant al nombre de sessions és recomanable que siguin més de vuit perquè en aquets casos s'aconsegueix el 24,7% d'abstinència, mentre que en menys sessions (de 4 a 8) sol s'aconsegueix un 20,9%, tot i que un estudi Espanyol accepta que el numero de sessions siguin com a mínim quatre (28,29).

En quant a l'estructuració de les sessions es pot seguir el protocol de les tres visites (metodologia 1-14-30) (annex 1). En aquest protocol s'estructuren les visites en el temps i també es facilita un guió per afrontar l'entrevista sense oblidar-se de cap punt important (33).

Es recomana que per donar suport al abandonament del hàbit tabàquic s'utilitzin materials personalitzats per als pacients, com tríptics i fulletons, ja que d'aquesta forma s'aconsegueix un major índex d'abandonaments (32,34).

3. Justificació

Després de la revisió bibliogràfica sobre el risc que comporta la HTA en la societat actual, s'ha pogut comprovar que la HTA junt amb el tabac provoca un increment considerable del RCV total i potencia el efecte negatiu d'altres FRCV.

El tabaquisme en el pacient hipertens no sols afecta augmentat el seu RCV, sinó que també s'ha pogut demostrar que augmenta el risc de lesió en òrgans diana, i que també augmenta lleugerament les xifres tensional.

De la mateixa forma ha estat documentat que l'abandonament de l'hàbit tabàquic disminueix lleugerament les xifres tensionals, i sobre tot, disminueix el RCV. I que en els 10 anys següents d'haver deixat de fumar el RCV és igual que el de qualsevol persona que anteriorment no hagi estat fumadora. Aquets motius justifiquen la necessitat de desenvolupar una intervenció específica de deshabituació a l'hàbit tabàquic en pacients hipertensos.

En els últims anys el nombre de fumadors s'ha reduït de forma considerable. Aquesta reducció en gran part és produïda per l'aplicació de la Llei 42/2010 del 30 de desembre de 2010. Es tracta d'una llei antitabac, que entre altres punts, prohibeix el consum de tabac en la majoria d'espais públics.

A pesar que en els últims anys el consum de tabac s'ha reduït, hem de continuar conscienciant als pacients hipertensos que són fumadors de la importància de l'abandonament del tabac, ja que al voltant del 20% dels hipertensos són consumidors de tabac (35).

4.Objectius

General

Disminuir el risc cardiovascular dels pacients hipertensos.

Específics

- Aconseguir l'abandó del hàbit tabàquic dels pacients hipertensos
- Disminuir el consum de tabac diari entre els pacients hipertensos atesos en atenció primària.
- Normalitzar les xifres tensionals.

5. Metodologia

5.1. Població diana

Aquest programa d'intervenció va dirigit als pacients hipertensos que són fumadors del Centre d'atenció primària (CAP) d'Almenar.

5.2. Professionals als que va dirigit

Aquest programa es durà a terme per professionals d'infermeria que treballin en centres d'atenció primària i facin un control i seguiment dels pacients hipertensos.

També poden col·laborar altres professionals com els metges de família.

5.3. Metodologia de cerca

L'estratègia de cerca utilitzada en aquest treball ha estat la busqueda bibliogràfica d'articles científics en diverses bases de dades. La cerca ha estat sobre el risc cardiovascular que comporta la hipertensió arterial si s'uneix al tabaquisme, amb l'objectiu de dissenyar un pla d'actuació per reduir el risc cardiovascular dels pacients hipertensos que són fumadors mitjançant l'abandó del tabac.

La cerca bibliogràfica s'ha centrat en la busqueda d'intervencions no farmacològiques que fossin efectives per aconseguir que els pacients abandonessin l'hàbit tabàquic i que es duguessin a terme des de l'actuació d'infermeria en atenció primària.

Els articles científics s'han extret de bases de dades d'evidència científica com Cochrane, Google Scholar, Pubmed i Scielo. Els articles emprats per fer el treball s'han seleccionat procurant que la seva antiguitat no fos de més de 10 anys, per així poder aportar l'evidència més actual.

La informació s'ha extret d'articles científics tant en castellà com en anglès. Per la qual cosa les paraules clau utilitzades per la cerca han estat, hipertensió arterial, risc cardiovascular, prevenció, tabaquisme, intervenció antitabàquica, intervenció infermera, educació sanitària i intervenció motivacional, en ambdós idiomes.

Per la realització del treball també s'han utilitzat guies de practica clínica elaborades per els principals organismes de referència en les àrees de la hipertensió i de la

deshabituari tabàquica, com per exemple al guia elaborada per la Societat Europea de Hipertensió (ESH) o la publicada per el Departament de Salut i Serveis Humans del Estats Units sobre el tractament del tabaquisme.

5.4. Síntesis de l'evidencia trobada

La intervenció antitabàquica proposada, s'ha elaborat després d'analitzar diferent evidencia científica amb l'objectiu d'aconseguir que el programa dissenyat fos efectiu i fiable.

LA HTA és una malaltia crònica la qual no sols es controla amb tractament farmacològic, sinó que és important encaminar els esforços en la modificació del estil de vida del pacient. Dins dels estils de vida que s'han d'adoptar per tenir un bon control de la HTA hi ha l'abandó del tabac.

El tabac augmenta la PA de forma aguda, però també actua com a factor de risc en la HTA provocant un augment del risc de desenvolupar formes greus d'hipertensió i lesió dels òrgans diana. La HTA és considerada el risc cardiovascular més important, i si a aquest risc hi sumem la presència d'altres FRCV com el tabaquisme, el risc cardiovascular augmenta considerablement.

Per l'estratificació dels pacients en els diferents nivells de motivació per al canvi totes les guies coincideixen en que l'estratificació de Prochaska i Diclemente és la més adequada.

També existeix un acord entre tots els autors en que l'estratègia més efectiva per aconseguir l'abandó del tabac per part del pacient és la de les 5 As. Totes les intervencions han estat dissenyades a partir d'aquesta estratègia.

Segons la guia *Treating Tobacco Use And Dependence* publicada per el U.S. Department of Health and Human Services, les intervencions individuals són més efectives que les que es realitzen en grup o les telefòniques. Segons aquesta guia la durada de cada visita ha de ser d'uns 10 minuts perquè l'efectivitat sigui màxima. Pel que fa al nombre de sessions recomana que siguin al voltant de 8 ja que d'aquesta forma l'abstinència del pacient augmenta. En el cas dels pacients que no es troben

motivats per al canvi, en aquesta guia es recomana l'estratègia de les 5 R basada en l'entrevista motivacional (28).

Camarelles F. i col·laboradors coincideixen en que les intervencions individuals són les més efectives, però en canvi asseguren que amb un mínim de 4 sessions s'aconsegueix la màxima efectivitat d'intervenció. També coincideixen en que l'entrevista motivacional és una eina útil per convèncer als pacients que no estan disposats a deixar el tabac (29).

Gascó P. i col·laboradors, presenten un protocol d'actuació que consta de 3 visites d'ajuda en atenció primària que és distribueixen en el temps mitjançant la combinació 1-15-30. Es duu una primera visita separada de la segona per 15 dies i una última separada de la segona per 30 dies. En el seu protocol les visites també es realitzen individualment (33).

En la *Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo* realitzada per la *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, es planteja una intervenció individual i recomana la metodologia de les 3 visites (1-15-30) per al tractament del tabaquisme en les consultes (27).

El *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España* realitzat per el *Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo* coincideix amb les altres guies en que l'intervenció més eficaç és la individual, i que és molt recomanable que s'ofereixi ajuda telefònica als pacients (34).

La *Guía de tratamiento del tabaquismo* publicada per la *Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica*, coincideix en la majoria de guies en diferents punts, ja que també demostra que les intervencions individuals són les més efectives, que el temps de les intervencions ha d'estar al voltant dels 10 minuts, i recomana que es realitzin al voltant de 8 sessions. Per el que fa al personal sanitari que ha de dur a terme la intervenció, no especifica qui és el més indicat, ja que diu que qualsevol professional sanitari ho pot fer (32).

Pel que fa a l'escala de valoració de la motivació per al canvi de cada pacient, en la gran majoria d'articles i guies és segueix la de Prochaska i Diclemente, però a la *Guia*

de Intervención en tabaquismo desde atención primaria de salud publicada per la *Consejería de Salud y Servicios Sanitarios* del Principat d'Astúries, s'utilitza el test de Richmond (annex 2) (36).

Carreras JM i col·laboradors coincideixen amb un estudi de Cochrane en que la intervenció telefònica per la deshabituació al tabac presenta una efectivitat molt gran, amb xifres d'èxit similars a la de la teràpia individual (30,31).

La revisió bibliogràfica de Cochrane realitzada per Rice V. i col·laboradors, afirma que les intervencions antitabàquiques realitzades per infermeres són molt efectives per aconseguir l'abandó del tabac per part del pacient (37).

En quant al lloc on realitzar la intervenció, la *Guia de pràctica clínica en la Hipertensió arterial* publicada per la *Generalitat de Catalunya*, explica que el seguiment i tractament habitual de la hipertensió arterial es realitza des de els centres d'atenció primària, només en casos especials el tractament i seguiment de la HTA es realitzarà en centres especialitzats (1).

El *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*, també coincideix en que l'ajuda a la deshabituació tabàquica s'ha de realitzar en atenció primària, i que només en el cas de situacions especials aquest es realitzarà en unitats específiques de tabaquisme (34).

6. Intervenció

6.1. Desenvolupament de la intervenció

La intervenció es durà a terme al centre d'atenció primària d'Almenar, perquè és el centre on vaig realitzar les pràctiques d'atenció primària i conec el seu funcionament i les persones que hi treballen. A més a més en aquest centre es realitzen tot tipus d'activitats preventives i les infermeres estan molt conscienciades de la importància de la prevenció de les malalties cròniques.

Es contactarà amb els pacients de la següent forma, segons el protocol català d'atenció al pacient hipertens, tots els pacients hipertensos han de ser visitats periòdicament per la infermera del seu CAP de referència. Com a mínim han de ser visitats un cop cada sis mesos en els casos de HTA grau 1 i 2, en la resta de pacients els controls han de ser més freqüents.

L'estructura de la intervenció serà la següent. Contarà d'un mínim de set visites individuals d'una durada aproximada de 10 minuts per visita. Serà d'aquesta forma perquè s'ha demostrat que les visites individuals són més efectives que les grupals i que quan aquestes duren una mitjana de 10 minuts per visita s'augmenta la taxa d'èxit. Pel que fa al nombre de visites, les guies europees recomanen que siguin entre 4 i 8, en el cas de ser més de 8 visites la efectivitat augmenta lleugerament.

Es cert que el recolzament telefònic és una eina molt útil en els pacients que es troben en procés d'abandó del tabac, i que varis estudis han demostrat que la seva eficàcia és molt alta, és per això que a tots els pacients se'ls proporcionarà el número de telèfon de la consulta d'infermeria perquè puguin trucar, i també se'ls explicarà que el número de telèfon 061 correspon a la línia de CatSalut respon, i que en aquesta línia telefònica es proporciona ajuda per deixar de fumar les 24h del dia durant els 365 dies de l'any.

Amb la combinació de la teràpia individual i l'atenció telefònica es pretén augmentar l'abstinència dels pacients.

És important que la intervenció antitabàquica estigui enfocada en cada pacient depenent del procés del canvi en que es troba. És per això que la intervenció s'estructurarà tenint en compte les diferents etapes del procés del canvi en les quals es pot trobar el pacient.

Durant tota la entrevista el professional sanitari ha d'aconsellar al pacient amb consells clars, positius i personalitzats. Els consells han d'estar enfocats a dur un canvi en positiu, ja que d'aquesta forma el pacient es sentirà més motivat per aconseguir la seva fita.

VISITA DE RECONeixEMENT

En aquesta visita es procurarà diferenciar els pacients que es troben en fases precoces del procés del canvi (precontemplació i contemplació) dels que ja es troben en fases més avançades (preparació i acció).

Seguint l'estratègia de les 5 As, en aquesta visita es durà a terme les fases de Esbrinar (Assess) i Aconsellar (Advise).

Objectiu: Esbrinar si es tracta d'un pacient fumador, detectar en quina fase del canvi es troba i convèncer al pacient fumador de la necessitat de deixar de fumar.

Desenvolupament de la sessió:

Primerament, es realitzarà la toma de la PA del pacient, el resultat total es calcularà després de fer la mitja dels resultats de 2 preses separades per 1 minut, en el cas de que els valors siguin molt discordants entre les dos preses es procedirà a realitzar una tercera presa.

Després es calcularà el risc cardiovascular de tots els pacients mitjançant la taula d'estratificació de l'ESC-ESH.

Seguidament, preguntarem a tots els pacient hipertensos que venen a la consulta si són fumadors o no:

- En el cas de pacients no fumadors els animarem a que continuïn en aquesta situació.
- En el cas dels pacients ex-fumadors els felicitarem i reforçarem la seva abstinència, i un cop cada dos anys els seguirem preguntant per el seu consum.
- En el cas dels pacients fumadors:
 - Es preguntarà sobre el seu consum de cigarretes diàries i es realitzarà el test de Fagerström per conèixer el nivell de dependència al tabac (annex 3).
 - Es valorarà la disposició de deixar de fumar de cada pacient. Per valorar la motivació per al canvi que presenta cada pacient s'utilitzarà el model de Prochaska i DiClemente.

Un cop s'hagi valorat en quin estadi de motivació per al canvi es troba cada pacient, es passarà a enfocar la intervenció depenent de si els pacients es troben en la fase de precontemplació o contemplació o en fases més avançades.

- Pacients que es troben en la fase de precontemplació i contemplació. O el que és el mateix, que no es plantegen modificar la seva conducta o que es plantegen modificar-la en un termini de 6 mesos.
 - S'explicaran els beneficis de deixar el tabac i els riscos que comporta ser fumador, amb la intenció d'intentar convèncer al pacient de la necessitat d'abandonar l'hàbit.
 - Es citarà a la setmana següent per continuar amb l'entrevista motivacional basada en el model de les 5 R, i se li entregarà un tríptic informatiu sobre els beneficis de deixar el tabac (annex 4).
- Pacients que es troben en la fase de preparació. Ja han pres el determini de deixar de fumar i en alguns casos ja han fet algun intent.
 - Es felicitarà al pacient per la decisió d'intentar deixar de fumar.
 - Es preguntarà al pacient si coneix el beneficis que comporta deixar de fumar, i se li recordaran en el cas que no els conegui.

- Es citarà al pacient per la setmana següent per continuar amb el programa de deshabituació i se li entregarà la guia d'ajuda per deixar de fumar (annex 5).

INTERVENCIÓ EN ELS PACIENTS EN FASE DE PRECONTEMPLACIÓ I CONTEMPLACIÓ

Objectiu: Convèncer al pacient de la necessitat de deixar de fumar en un període pròxim de temps.

Desenvolupament de la sessió:

Es seguirà l'estratègia de les 5 R basada en l'entrevista motivacional per tal d'intentar canviar el punt de vista del pacient en vers el tabaquisme.

- Es preguntarà al pacient perquè no vol deixar de fumar. (Relevance o rellevància)
- S'animarà al pacient a que identifiqui quines són les conseqüències negatives del consum de tabac, en concret les que són negatives per a ell. (Risk o risc)
- Es demanarà al pacient que enumeri els beneficis d'abandonar el tabac. (Reward o recompensa)
- El pacient haurà de reflexionar quins són els impediments per poder deixar el tabac. El professional d'infermeria haurà de proporcionar ajuda per solucionar els impediments. (Roadblocks o resistència)

Després de realitzar aquest tipus d'entrevista motivacional, el 30% dels pacients que es trobaven en les primeres fases del procés del canvi passen a estar motivades per abandonar el tabac (fase de preparació). És per això que se'ls entregarà la guia d'ajuda per deixar de fumar, i se'ls citarà la setmana següent per continuar amb el procés del canvi tenint en compte de que ja es troben en una fase més avançada.

En el cas dels pacients de després de realitzar l'entrevista motivacional veiem que no és planteja l'abandonament del tabac en els pròxims sis mesos, es millor evitar la confrontació amb ell. S'haurà de respectar la seva decisió però aportant missatges de que deixar el tabac és important per la seva salut. A més a més s'ha d'oferir l'ajuda del professional sempre que el pacient consideri la possibilitat d'abandonar el tabac.

INTERVENCIÓ EN ELS PACIENTS EN FASE DE PREPARACIÓ

Primera visita

Els pacients que es troben en la fase de preparació, ja està convençuts de la necessitat d'abandonar el tabac, per això s'ha d'Acordar (Agree) amb el pacient com serà el canvi i ajudar-lo (Assist).

Objectiu: Pactar amb el pacient el dia i els mètodes més eficaços per deixar de fumar

Desenvolupament de la sessió:

- En primer lloc es felicitarà al pacient per la decisió que ha pres, es reforçarà que el professional sanitari estarà en tot moment al seu costat per poder-lo orientar, ajudar i recolzar, sense oblidar que és molt necessari l'esforç del pacient per aconseguir l'abandó amb èxit.
- Es preguntarà quants cigarrets fuma diàriament, en quina edat es va iniciar al tabac, quants cops ha fet un intent d'abandonar el tabac i en aquets intents si va tenir recaigudes en els primers dies. També s'ha de saber quan ha estat el màxim de temps que el pacient ha estat sense fumar i quins mètodes va utilitzar quan va fer aquets intents. Finalment es preguntarà per quins motius el pacient va tornar a fumar.
- També es preguntarà sobre el seu entorn, si hi ha persones a la seva família que fumen, si els seus companys de treball son fumadors i si els seus amics també fumen.
- Es triarà una data per l'abandonament (dia D), aquest moment s'ha d'escollir sense estrés i sense compromisos socials. Animarem al pacient a que els comuniqui a la família i amics quin dia serà per així aconseguir un major compromís i que pugui contar amb el recolzament dels més pròxims en el procés.

- Un cop arribats en aquest punt se li preguntarà al pacient quines són les possibles dificultats que troba per deixar de fumar. Entre el pacient i el sanitari es buscaran alternatives per afrontar aquestes dificultats.
- Es pesarà al pacient abans de deixar el tabac per poder-ho comparar amb el pes de després d'abandonar el tabac.

Es citarà al pacient per tornar 8 dies després del dia D i s'explicaran consells per fer més fàcil l'abandó.

Segona visita

Aquesta visita té lloc dies després de l'abandonament del tabac, en aquesta situació el pacient es troba en fase d'eufòria perquè ja ha fet el primer pas i de moment està anant bé. S'ha de continuar ajudant al pacient i assegurar-lo (Arrange) perquè l'abstinència s'allargui en el temps i no recaigui en fumar.

Objectiu: Mantenir l'abstinència i solucionar els problemes que hagin pogut sorgir durant els primers dies.

Desenvolupament de la sessió:

En primer lloc es procedirà a la toma de PA del pacient, per poder comprovar si hi ha alguna diferència entre la PA que presentava abans de deixar de fumar i la que presenta en abstinència. Normalment els valors no haurien d'haver variat gaire.

Després:

- Es valorarà i preguntarà sobre el síndrome d'abstinència del pacient, i es donarà recomanacions sobre com afrontar les situacions difícils (annex 6).
- Es preguntarà si el pacient es sent recolzat per el seu entorn tant familiar com social, sobretot en els casos que en el entorn del pacient hi hagi altres fumadors.
- S'animarà al pacient a que ens expliqui els beneficis i dificultats que ha trobat en deixar de fumar.
- S'informarà al pacient de l'existència d'un "dol" post-tabac.

- En el cas que el pacient hagi sofert una recaiguda en aquest temps es valorar el motiu i moment de la recaiguda i se l'animarà a tornar a intentar-ho, ja que se li ha de fer saber que les recaigudes formen part del procés de la deshabituació.

Es citarà al pacient per que torni en 7 dies i s'animarà a continuar en aquesta línia.

Tercera visita

Aquesta visita sol coincidir en la fase de dol del pacient, per això es tracta d'un visita essencial en la qual reforçar la conducta del pacient és molt important i també motivar-lo a que continuï en abstinència.

Objectiu: Reforçar l'abstinència del pacient.

Desenvolupament de la sessió:

- Es valorarà la presència de sensació de buit, l'augment de l'apetit i les alteracions del son.
- S'animarà al pacient a que recordi quin són els beneficis que ha vist després de deixar de fumar i també dels que obtindrà a llarg termini.

El pacient es citarà després de 15 dies.

Quarta visita

En aquesta visita el pacient normalment ha superat ja la fase de dol i s'introdueix en la fase de normalització.

Objectiu: Recolzar al pacient en el procés de deshabituació

Desenvolupament de la sessió:

- Es preguntarà al pacient com es troba en relació al tabac i si hi ha algun símptoma del síndrome d'abstinència que el preocupa en especial.
- Es reforçaran els beneficis de deixar de fumar, tant a curt com a llarg termini.

Si el pacient continua en abstinència es felicitarà i animarà a que continuï, i es citarà en els 2 mesos següents. En el cas dels pacients que hagin sofert una recaiguda s'analitzarà el motiu i s'animarà a tornar-ho a intentar.

Cinquena visita

En aquest moment el pacient ja portarà uns 3 mesos d'abstinència per la qual cosa ja es trobarà en la fase de consolidació. En aquesta fase l'alerta del pacient disminueix per la qual cosa són freqüents les recaigudes de tipus social.

Objectiu: Recordar d'importància de la decisió presa.

Desenvolupament de la sessió:

Primer, es prendrà la PA del pacient, ja que la seva situació de no fumador ja es troba en una fase força estable.

A continuació:

- Es preguntarà sobre possibles recaigudes. I es felicitarà al pacient en el cas que continuï sense fumar.
- Es pesarà novament per comparar el pes actual amb el del principi.
- Novament es recordaran els beneficis a llarg termini d'abandonar el tabac.

Es citarà al pacient quan faci un any del primer dia d'abstinència del tabac.

VISITA DE SEGUIMENT AL ANY DE SER EX FUMADOR

Es consideren ex fumadors a les persones que fa més d'un any que no fumen.

Objectiu: Felicitar al pacient i recordar els motius per els quals va abandonar el tabac.

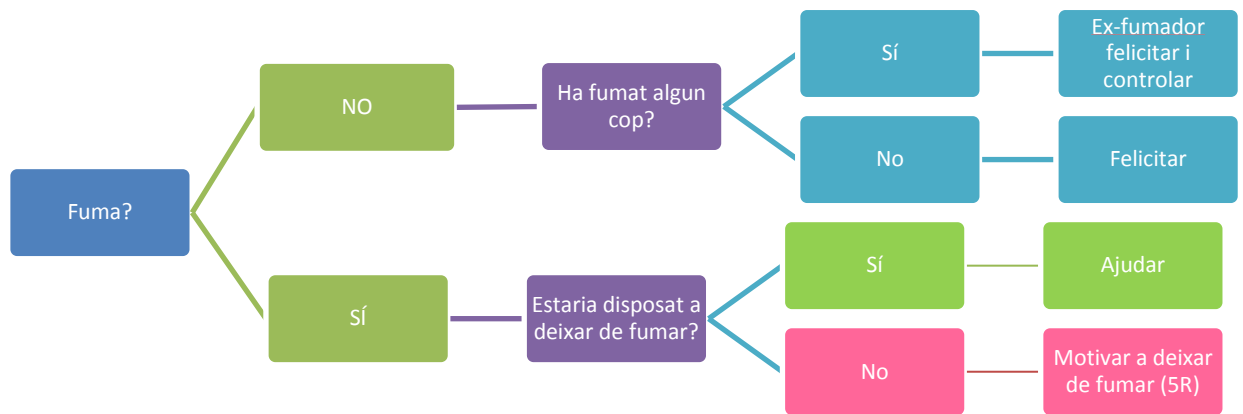
Desenvolupament de la sessió:

- Novament es prendrà la PA del pacient.
- Es felicitarà al pacient per la fita assolida.
- Es recordarà al pacient que deixar de fumar va ser una gran decisió per tots els beneficis que comporta.
- Es previndran les recaigudes, això es farà recordant al pacient que sempre existeix aquest risc i que és molt important que tingui clar que fumar no li provocarà cap benefici.

6.2. Cronograma de la intervenció

Temps	Visites	Activitats
Setmana 1	Visita de reconeixement	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar fumadors/no-fumadors - Pressa PA - Detectar fase del canvi - Test de Fagerström
Setmana 2	Primera visita	<ul style="list-style-type: none"> - Triar dia D - Dificultats i beneficis de deixar el tabac
Setmana 1 després del dia D	Segona visita	<ul style="list-style-type: none"> - Pressa PA - Valorar síndrome d'abstinència - Valorar recaigudes - Solucionar problemes que han sorgit
Setmana 2 després del dia D	Tercera visita	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar síndrome d'abstinència - Reforçar al pacient - Preguntar per recaigudes
Setmana 4 després del dia D	Quarta visita	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar síndrome d'abstinència - Reforçar al pacient - Preguntar per recaigudes
Mes 3 després del dia D	Cinquena visita	<ul style="list-style-type: none"> - Pressa PA - Preguntar per recaigudes - Reforçar al pacient
1 any després del dia D	Visita de seguiment del exfumador	<ul style="list-style-type: none"> - Pressa PA

6.3. Algoritme de la intervenció



7.Consideracions ètiques

El tabaquisme és un FRCV molt important, que junt amb la hipertensió arterial provoquen que el risc de patir malalties cardiovasculars sigui molt gran. Fumar també afecta directament en la hipertensió arterial, augmentant les xifres tensionals i augmentant el risc de dany en els òrgans diana.

En aquest programa es pretén disminuir el risc cardiovascular de pacient hipertensós mitjançant l'abandó de l'hàbit tabàquic.

Al dissenyar aquest programa s'han tingut en compte els principis ètics de la beneficència, la no maleficència, la justícia i l'autonomia:

- Principi de la beneficència: Ajudar als pacients a deixar de fumar és una actuació que els beneficia en dos sentits. En primer lloc els beneficia perquè deixant el tabac s'aconsegueix una reducció considerable dels factors de risc cardiovasculars. I en segon lloc, perquè l'abandó del tabac forma part del tractament de la hipertensió arterial, reduint les xifres i disminuint el risc de progressió a estadis més avançats de la HTA, com el dany d'òrgans diana.
- Principi de la no maleficència: Cap actuació de les que es realitzarà al pacient és negativa per a ell o li causarà cap dany, tot el contrari, les actuacions estan enfocades a procurar una millora en la salut del pacient i a prevenir altres malalties.
- Principi de justícia: Es compleix en aquest programa perquè es tracta d'un programa adreçat a tots els hipertensos que són fumadors, sense excloure a cap pacient. A més a més compleix el principi de justícia perquè es tracta d'un programa gratuït que es durà a terme en el CAP de referència dels pacients.
- Principi d'autonomia: Durant tot el programa el pacient està informat sobre quin és l'objectiu del programa i quins beneficis li comportarà. En cap moment s'obliga al pacient a deixar de fumar, per la qual cosa, té l'absoluta autonomia de decidir que vol continuar amb l'hàbit tabàquic, o que al contrari, vol ser assessorat per intentar deixar de fumar.

Durant tot el procés es respectarà la confidencialitat del pacient. Es cuidaran de forma confidencial totes les dades que el pacient ens aporti durant les visites.

8. Avaluació de la intervenció

L'avaluació de la intervenció es realitzarà mitjançant indicadors que valorin si s'han complert els objectius plantejats.

La intervenció s'avaluarà a curt, mig i llarg termini:

- Inicial: En la primera visita de reconeixement. Es realitzarà la toma de la PA a tots els pacients fumadors i se'ls realitzarà el test de Fagerström per conèixer el nivell de dependència al tabac.
- A mig termini: Quan faci aproximadament 3 mesos del dia D seleccionat per el pacient. Es tornarà a realitzar una toma de la PA i es preguntarà al pacient per possibles recaigudes fins aquell moment, en el cas dels pacients que hagin sofert recaigudes se'ls realitzarà novament el test de Fagerström per poder comparar si la seva dependència al tabac és inferior a la del començament del procés.
- A llarg termini: En la visita que es realitza quan fa un any del dia D. Es farà una presa de la PA del pacient. També es preguntarà a pacient si ha sofert recaigudes durant el procés, si n'ha sofert es realitzarà el test de Fagerström. També se li entregarà un test per que pugui valorar el nivell de satisfacció que sent cap a la seva decisió i si valora positivament l'atenció dels professionals d'infermeria durant tot el procés (annex 7).

Els ítems principals que s'avaluarà seran la possible reducció de la PA dels pacients després d'haver deixat el tabac. La reducció del RCV gràcies a la reducció d'un factor de risc cardiovascular. I l'efectivitat de la intervenció mitjançant el balanç de pacient hipertensos i fumadors que han aconseguit un any d'abstinència dels que no ho han aconseguit.

Pel que fa a l'avaluació dels objectius assolits, es valorarà cada objectiu amb uns indicadors diferents:

Objectiu General:

- Disminuir el risc cardiovascular dels pacients hipertensos.

Indicador:

- Reducció del risc cardiovascular en la taula d'estratificació de la ESC-ESH, mitjançant la mesura d'aquest abans i després de la intervenció.

Objectius Específics:

- Aconseguir l'abandó del hàbit tabàquic dels pacients hipertensos

Indicadors:

- Reducció del percentatge de pacients hipertensos que fumen del centre d'atenció primària.
- Comparació del nombre de pacients que han començat el programa i del nombre que l'han acabat.

- Disminuir el consum de tabac diari entre els pacients hipertensos atesos en atenció primària.

Indicadors:

- Reducció del nombre de cigarretes/dia consumides per els pacients hipertensos i fumadors.
- Avanç en la fase de motivació per al canvi del model de Prochaska i DiClemente per a deixar de fumar dels pacients hipertensos i fumadors.

- Normalitzar les xifres tensionals.

Indicador:

- Normalització de les xifres tensionals dels pacients hipertensos.

8.1. Cronograma de l'avaluació

Temps		Avaluació
Inicial	Dia 0	<ul style="list-style-type: none">- Pressa PA- Test de Fagerström- Calcular RCV
Mig termini	3 mesos després del dia D	<ul style="list-style-type: none">- Pressa PA- Test de Fagerström (en recaigudes)
Llarg termini	1 any després del dia D	<ul style="list-style-type: none">- Pressa PA- Test de Fagerström (en recaigudes)- Recalcular RCV- Test de nivell de satisfacció del usuari

9. Discussió

La intervenció proposada pretén reduir el RCV dels pacients hipertensos i reduir les xifres de PA d'aquells. A més a més, també vol aconseguir reduir el risc de que la hipertensió avanci a formes més greus o fins i tot que apareguin lesions en òrgans diana com el cor, els ronyons i el sistema nerviós central entre altres.

Aquesta intervenció està dissenyada per a que es realitzi en centres d'atenció primària perquè, les guies d'actuació en la hipertensió arterial assenyalen que el seguiment, control i tractament habitual de la HTA es dugui en el CAP.

La realització d'aquesta intervenció no té perquè suposar una gran carrega de treball a les infermeres, ja que les visites, es duran a terme en horari laboral i sovint coincidint amb les visites de control del pacient amb HTA. En el cas de pacients amb poca disponibilitat horària es podrà dur el seguiment de la seva deshabituació tabàquica mitjançant la consulta telefònica, ja que s'ha demostrat que presenta uns nivells d'efectivitat força similars als de la intervenció presencial.

Un cop finalitzada la intervenció, quan ja fa un any que el pacient es manté en abstinència, és podria dur un seguiment d'aquest. Aquest seguiment podria ser cada 2 anys, i se li preguntaria si ha continuat en abstinència fins aquell moment, o per el contrari a recaigut en el tabaquisme. Aquest seguiment es podria dur aprofitant les visites periòdiques que es realitzen als pacients amb HTA, o mitjançant una trucada telefònica.

Qualsevol d'aquestes dos formes no suposarien una despesa de recursos gaire eleva. Pel que fa als recursos econòmics serien baixos, sol s'haurien de costejar les trucades telefòniques. I per el que fa a la carrega de treball de la infermera, tampoc suposaria un diferència gaire gran.

Primerament s'ha seleccionat el CAP d'Almenar per la realització de la intervenció, però en el cas de que es demostres l'efectivitat del programa, és podria extrapolar a altres centres d'atenció primària, ja que, com s'ha explicat anteriorment, no precisa de gaires recursos.

Després d'analitzar els efectes nocius del tabac en la HTA i el RCV, s'ha pogut comprovar, que es tracta d'un hàbit que afecta negativament en molts camps de la salut de la persona fumadora i de les persones que la rodegen com a fumadors passius. És per això que la intervenció antitabàquica s'hauria d'ampliar, a llarg termini, per poder incloure a la majoria de pacients possibles, independentment de si presenten alguna patologia o no.

10. Conclusions

La hipertensió arterial és una malaltia molt prevalent actualment. Indirectament és una de les primeres causes de mort a nivell mundial. En molts casos es tracta d'una malaltia mal controlada, ja que per una banda el seu tractament és farmacològic, però per l'altra banda els estils de vida de cada pacient influeixen de manera considerable en el control de la HTA.

Un dels principals estils de vida que influeixen en el control de la hipertensió arterial és el tabaquisme. El tabaquisme constitueix un factor de risc tant per la hipertensió arterial com per patir una malaltia cardiovascular. En la hipertensió augmenta les xifres tensionals i el risc de desenvolupar formes més greus d'HTA o produir lesions en òrgans diana. El tabaquisme, quan s'associa amb la HTA produeix una gran elevació del RCV, ja que són dos dels factors de risc cardiovascular més importants.

El tractament del tabaquisme és complex, ja que la nicotina del tabac produeix dependència a les persones que el consumeixen. És per això que s'han d'elaborar intervencions que incideixin en la motivació del pacient per donar-li la força suficient per deixar de fumar.

Des de l'atenció primària s'ha de procurar normalitzar les xifres tensionals i reduir els riscos dels pacients hipertensos mitjançant la prevenció dels factors de risc i els canvis d'estil de vida. És per això que les intervencions de canvis d'estil de vida s'haurien d'aplicar des de aquets centres.

Mitjançant la reducció del consum de tabac dels pacients hipertensos es pretén reduir el seu RCV a la vegada que normalitzar les seves xifres tensionals i disminuir el risc de patir complicacions associades a la hipertensió.

Seria interessant que un cop finalitzada la intervenció, es fes un seguiment del pacient a llarg termini per poder detectar possibles casos de recaiguda i poder-los ajudar a abandonar el tabac de nou.

És important conscienciar a tots els pacients fumadors de la necessitat de deixar de fumar, perquè aquest canvi els beneficiarà en molts aspectes, ja que el tabac és un

tòxic que perjudica a tots els sistemes del organisme. I que en molts casos, el dany produït per aquest és reparable després d'anys d'abstinència.

11. Bibliografia

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Guies de pràctica clínica: Hipertensió arterial. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2012.
2. Mancia G, Narkiewicz R, Krzysztof Redon J, Zanchetti A, Bohm M, Christiaens T, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). Hipertensión. 2013;30(3).
3. Hermida RC, Smolensky MH, Ayala DE, Portaluppi F. Recomendaciones 2013 para el uso de la monitorización ambulatoria de la presión arterial para el diagnóstico de hipertensión en adultos, valoración de riesgo cardiovascular y obtención de objetivos terapéuticos (resumen). Recomendaciones conjuntas de la I. Clin Invest Arter. 2013;25(2):74–82.
4. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2013.
5. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Instituto Nacional de Estadística; 2013.
6. Banegas J. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. Hipertensión. 2005;22(9).
7. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2014. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.; 2015.
8. González JE, Chirino DM. Hipertensión arterial: el diagnóstico del daño en órganos diana en etapa subclínica. Gac Méd Espirit. 2014;16(1).
9. Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Díaz D, López A, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2012;44(1).
10. Melgarejo E, Huertas D, Rozo LE, Ospina JE, Gonzalez LA. Tratamiento de la hipertensión y el impacto de los cambios en el estilo de vida en pacientes con riesgo cardiovascular. Rev Fac Med. 2011;19(1).

11. Daskalopoulou SS, Rabi DM, Zarnke KB, Dasgupta K, Nerenberg K, Cloutier L, et al. The 2015 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Can J Cardiol*. 2015;31:549–68.
12. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur Hear J*. 2012;33:1635–701.
13. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2014.
14. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Ginebra: OMS; 2013.
15. Fernández J, Sanz V, Garrido P, López E. Riesgo cardiovascular: evaluación del tabaquismo y revisión en atención primaria del tratamiento y orientación sanitaria. Estudio RETRATOS. *Aten Primaria*. 2011;43(11):595–603.
16. Viridis A, Giannarelli C, Neves M, Taddei S, Ghiadoni L. Cigarette smoking and hypertension. *Curr Pharm Des*. 2010;16(23):2518–25.
17. Recuenco S. Dejar el tabaco es la medida más eficaz para prevenir enfermedades cardiovasculares en pacientes hipertensos. Nota informativa. 2015.
18. Royo MA, Lobos JM, Brotons C, Villar F, de Pablo C, Armario P, et al. El estado de la prevención cardiovascular en España. *Med Clin*. 2014;142(1):7–14.
19. Lobos JM, Brotons C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Aten Primaria*. 2011;43(12):668–77.
20. O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(3):299–310.
21. Weschenfelder D, Gue J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Glob*. 2012;26:344–53.

22. Mazón-Ramos P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(2):3–9.
23. Zamora A, Elosua R, Marrugat J. El tabaco como factor de riesgo cardiovascular en las poblaciones mediterráneas. *Clin Invest Arter*. 2004;16(5):207–20.
24. Grau M, Marrugat J. Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(405-416).
25. Roa L, Monreal M, Carmona JA, Aguilar E, Coll R, Suárez C. Inercia terapéutica en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular. Registro FRENA. *Med Clin*. 2010;134(2):57–63.
26. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–5.
27. Camarelles F, Mataix J, Cabezas C, Lozano J, Ortega G. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2011.
28. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med*. 2008;35(2).
29. Camarelles F, Dalmau R, Clemente L, Díaz JL, Lozano A, Pinet MC. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin*. 2013;140(6):272–84.
30. Carreras JM, Maldonado B, Quesada M, Sánchez B, Nerín I, Sánchez L. Tratamiento por teléfono del tabaquismo. Factores predictivos de éxito. *Med Clin*. 2012;138(6):242–5.
31. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;
32. Guía de tratamiento del tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 2010.
33. Gascó P, Camarelles F. Abordaje del tabaquismo en tiempo real (metodología 1-15-30). *AMF*. 2011;7(7):402–10.

34. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
35. Trindade CA, Dos Santos LA, Barros MD, Silva S. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. *Rev Latino-Am Enferm.* 2014;22(4):547–53.
36. Rubio MD. Intervención en tabaquismo desde la Atención Primaria de Salud : guía para profesionales. Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.; 2009.
37. Rice V, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Does support and intervention from nurses help people to stop smoking? *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;

12. Annexos

Annex 1: Protocol de tres visites d'ajuda (1 – 15 – 30)

Visita 1

- Quant fuma? (cigarrets/dia)
- Edat d'inici
- Data d'abandonament (dia D)

Motius per deixar de fumar (avantatges)	Motius per seguir fumant (dificultats)

- Entorn: (fumadors o no fumadors)
 - Familiar
 - Laboral
 - Social
- Intents previs d'abandonament del tabac
 - Va tenir recaigudes en els primers dies?
 - Quant va ser el màxim de temps que va aconseguir deixar el tabac?
 - Quins mètodes va utilitzar?
 - Per quins motius va recaure?
- Dependència a la nicotina (Test de Fagertröm breu)

Quant de temps passa des que us lleveu fins que fumeu la primera cigarreta?	
- Fins a 5 minuts	3 punts
- Entre 6 i 30 minuts	2 punts
- Entre 31 i 60 minuts	1 punt
- Més de 60 minuts	0 punts
Quantes cigarretes fumeu cada dia?	
- Menys d'11	0 punts
- Entre 11 i 20	1 punt
- Entre 21 i 30	2 punts
- 31 o més	3 punts
Puntuació: 5-6 dependència alta; 3-4 moderada; 0-2 baixa.	

- Ha comunicat la decisió de deixar de fumar?
- Possibles dificultats per deixar de fumar i alternatives elegides
- Valoració del ús de la medicació

Visites dies 15 i 30

	Als 15 dies	Als 30 dies
Preguntar per el consum de tabac. Felicitar si no fuma, i si ha recaigut, valorar les circumstancies.		
Beneficis i dificultats de deixar de fumar.		
Valorar síndrome abstinència		
Control de la medicació		
Recomanació de l'abstinència total		
Necessita un seguiment més intensiu? Problemes residuals?		

Annex 2: Test de Richmond

PREGUNTES	RESPOSTES	PUNTS
Li agradaria deixar de fumar si pogués fer-ho fàcilment?	• NO	0
	• Sí	1
Quines ganes té de deixar-ho?	• Cap	0
	• Poques	1
	• Bastants	2
	• Moltes	3
Intentarà deixar-ho en les pròximes dos setmanes?	• No	0
	• Dubitatiu	1
	• Probablement	2
	• Sí	3
Creu que en sis mesos no fumarà?	• No	0
	• Dubitatiu	1
	• Probablement	2
	• Sí	3

VALORACIÓ

0 - 3 → motivació baixa o nul·la

4 - 5 → motivació dubtosa

6 - 7 → motivació moderada

8 – 10 → motivació alta

Annex 3: Test de Fagerström

PREGUNTES	RESPOSTES	PUNTS
Quant temps passa entre que es lleva i es fuma la primera cigarreta?	<ul style="list-style-type: none"> Fins a 5 minuts Entre 6 i 30 minuts Entre 31 i 60 minuts Més de 60 minuts 	3 2 1 0
Troba difícil no fumar en llocs on està prohibit, com el cinema o la biblioteca?	<ul style="list-style-type: none"> Sí No 	1 0
Quina cigarreta li desagrada més deixar de fumar?	<ul style="list-style-type: none"> La primera del matí Qualsevol altra 	1 0
Quantes cigarretes fuma cada dia?	<ul style="list-style-type: none"> 10 o menys 11-20 21-30 31 o més 	0 1 2 3
Fuma amb més freqüència durant les primeres hores després de llevar-se que durant la resta del dia?	<ul style="list-style-type: none"> Sí No 	1 0
Fuma encara que estigui tant malalt que hagi d'estar al llit la major part del dia?	<ul style="list-style-type: none"> Sí No 	1 0

VALORACIÓ

< 4 → dependència baixa

4-7 → dependència moderada

> 7 → dependència alta

Annex 4: Tríptic informatiu

Deixar de fumar és una de les coses més importants que pots fer per la teva salut, i existeixen moltes raons per abandonar el tabac.

Atreveix-te



Per més informació:

- A gencat.cat
- A CatSalut Respont 061
- A Tabaquisme.cat
- Al seu centre d'atenció primària



Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria
i Fisioteràpia



TABAQUISME

I

HIPERTENCIÓ

Una combinació letal

“Cada cop que encens un cigarret alguna cosa es va apagant al teu interior”

EFFECTES DEL TABAC

EN LA HIPERTENSIÓ ARTERIAL:

- Augmenta la PA de forma aguda la qual cosa afavoreix la hipertensió arterial.
- Augmenta el risc cardiovascular, per el qual fa que s'augmentin les possibilitats de sofrir malalties cardiovasculars com el infart agut de miocardi o l'ICTUS entre altres.
- Els hipertensos fumadors tenen més possibilitats de desenvolupar formes greus d'hipertensió.
- Augmenta les possibilitats de dany en òrgans diana.

EN LA RESTA DEL ORGANISME:

- Augmenta la possibilitat de patir malalties respiratòries com la bronquitis crònica o el càncer de pulmó
- Envelleix prematurament la pell
- Fa mal a les persones exposades involuntàriament al fum del tabac

BENEFICIS AL DEIXAR DE FUMAR

- El teu olfacte millorarà i podràs assaborir el gust dels aliments.
- Tindràs la pell més sana, i es retardarà el seu envelliment
- Tindràs més energia i et sentiràs més àgil quan facis exercici físic
- Tindràs una despesa menys
- Aconseguiràs més llibertat i et sentiràs més satisfet amb tu mateix
- Augmentarà la teva esperança de vida i podràs viure amb més qualitat
- Millorarà la teva circulació sanguínia
- Millorarà la teva respiració i tindràs menys refredats
- Et cansaràs menys
- Es reduiran les possibilitats patir una malaltia cardiovascular o de patir un càncer

SABIES QUE ... ?

- Després de 20 minuts sense fumar es normalitza la pressió arterial i la freqüència cardíaca
- Als 50 anys un fumador te la mateixa capacitat respiratòria que un no-fumador als 75 anys
- La addicció de la nicotina s'estableix a partir del consum de 10 cigarrets al dia
- El fum del tabac es una barreja de fins a 4.000 components químics



Guia d'ajuda per deixar de fumar



Enhorabona!

Has pres una gran
decisió!!!

Cada cop que encens una cigarreta
alguna cosa es va apagant al teu
interior

Deixar de fumar es possible, segur
que coneix a persones que ho han
aconseguit

Aquesta guia vol oferir-te ajuda per
aconseguir un futur sense tabac

RECORDA...

...els efectes negatius del tabac !!

En la hipertensió arterial:

- Augmenta la PA de forma aguda la qual cosa afavoreix la hipertensió arterial.
- Augmenta el risc cardiovascular, per el qual, fa que s'augmentin les possibilitats de sofrir malalties cardiovasculars com el infart agut de miocardi o l'ICTUS entre altres.
- Els hipertensos fumadors tenen més possibilitats de desenvolupar formes greus d'hipertensió.
- Augmenta les possibilitats de dany en òrgans diana.

En la resta de l'organisme:

- Augmenta la possibilitat de patir malalties respiratòries com la bronquitis crònica o el càncer de pulmó
- Envelleix prematurament la pell
- Fa mal a les persones exposades involuntàriament al fum del tabac

RAONS PER LES QUE FUMO

RAONS PER DEIXAR DE FUMAR

Si les teves raons per deixar de fumar pesen més que les raons per continuar...

PREPARA'T per deixar-ho !

DIA D:

ON ET PODEN AJUDAR??

- Al seu centre d'atenció primària



- A CatSalut Respon 061

061 CatSalut
Respon

- A Tabaquisme.cat → 932 607 557



Annex 6: Consells per combatre el síndrome d'abstinència al tabac.

Desig intens de fumar	<ul style="list-style-type: none">- Mirar el rellotge i deixar passar un minut. Aquest desig passa de seguida i després desapareix- Pensar que el desig cada cop serà més petit- Mantenir-te ocupat- Beure aigua- Mastegar xiclet sense sucre o menjar algun aliment baix en calories
Augment del apetit	<ul style="list-style-type: none">- Beure molta aigua i sucres baixos en sucres- Augmentar la ingesta de fruites i verdures- Cuinar el menjar a la brasa, al forn, bullit o a la planxa- Fer exercici
Cefalea o mal de cap	<ul style="list-style-type: none">- Dutxa amb aigua calenta- Analgèsics
Insomni	<ul style="list-style-type: none">- Evitar el cafè i begudes estimulants- Prendre llet calenta o infusions relaxants- Fer més exercici físic
Nerviosisme / ansietat	<ul style="list-style-type: none">- Caminar i fer exercici
Restrenyiment	<ul style="list-style-type: none">- Fes una dieta rica en fibra- Beu molta aigua

Annex 7: Test de satisfacció del usuari

TEST DE SATISFACCIÓ DEL USUARI

- Es sent satisfet per prendre la decisió de deixar de fumar?

*Indiqui el grau de satisfacció tenint en compte que 1 és gens satisfet, i que 10 és plenament satisfet.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Valora positivament l'atenció rebuda per part del professional d'infermeria?

*Indiqui el grau de satisfacció tenint en compte que 1 és gens satisfet, i que 10 és plenament satisfet

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Creu que el nombre de sessions és el correcte?

Sí	No, crec que és necessari que n'hi hagi més	No, crec que no és necessari que n'hi hagi tantes
----	---	---

- Creu que la durada de les sessions és l'adequada?

Sí	No, són massa curtes	No, són massa llargues
----	----------------------	------------------------

- Pensa què realment aquestes sessions han contribuït a canviar el seu hàbit tabàquic?

SÍ	NO
----	----

- Observacions:
